

## اثر بخشی الگوی کوتاه مدت «درمانگری چندبعدی معنوی (SMP)» بر «مهار نشانگان افسردگی»

مرتضی روحانی\*  
مسعود جان بزرگی\*\*  
حسن احدی\*\*\*  
محمد رضا یلیاد\*\*\*\*

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر «الگوی کوتاه مدت درمانگری چندبعدی معنوی» بر «مهار نشانگان افسردگی» شکل گرفته است. طرح پژوهش از نوع نیمه تجربی با روش پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه بوده و جامعه آماری آن را مبتلایان به افسردگی مراجع کننده به مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مرکز مشاوره با رویکرد دینی حرم مطهر تشکیل داده‌اند. که با رعایت ملاک‌های ورود و خروج، چهل مراجع انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جای گرفتند. ابزار پژوهش پرسشنامه افسردگی یک و پرسشنامه خودپنداره-خداپنداره جان بزرگی بوده و گروه آزمایش در دوازده جلسه ۱/۵ ساعته مداخله را دریافت کرده‌اند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد بین دو گروه در نشانگان افسردگی، کاهش معناداری وجود داشته است. این مداخله با اصلاح خودپنداره (تصویر ساختگی از خود) و خداپنداره (تصویر ساختگی از خدا) زمینه تقویت و ایجاد تصویر واقعی از خود و تصویر واقعی از خدا را نیز فراهم و مکانیزم درمان و پایداری نتایج را تأمین می‌کند.  
واژگان کلیدی: درمانگری چندبعدی معنوی، افسردگی، خداپنداره، خداپنداشت، خودپنداره، خودپنداشت، معنویت‌درمانی.

---

\* گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران  
Email: rohani.dr@chmail.ir  
\*\* گروه روانشناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران  
Email: psychjan@gmail.com  
\*\*\* گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران  
Email: ahadi.dr@gmail.com  
\*\*\*\* گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران  
Email: beliad110@gmail.com  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱۱/۳  
تاریخ تأیید: ۱۳۹۷/۵/۲۰

## مقدمه

با وجود پیشرفت‌های علمی، شیوع<sup>۱</sup> و بروز<sup>۲</sup> اختلالات روان‌شناختی رو به افزایش است. بنابراین آمار سازمان بهداشت جهانی حدود ۹۱۹ میلیون نفر در جهان از بیماری‌های روان‌شناختی رنج می‌برند و براساس مطالعه نوربالا و همکاران (۱۳۹۳) در سال‌های ۷۸، ۸۰ و ۱۳۹۰، شیوع اختلالات روانی در ایران به ترتیب ۲۱، ۱۷/۱۰ و ۲۳/۶ درصد بوده است. در این میان، اختلال افسردگی<sup>۳</sup> فراوانی قابل توجهی دارد؛ به گونه‌ای که به سرماخوردگی روان‌پزشکی شهرت یافته است (سلیگمن و روزنهان، ۱۹۹۶) و شیوع آن در زنان ۱/۵ تا ۳ برابر مردان است (گنجی و گنجی، ۱۳۹۳).

در این اختلال تغییرات گسترده‌ای مانند تغییرات بدنی (کاهش یا افزایش وزن، بی‌خوابی یا خواب‌زدگی)، رفتاری (خستگی و کندی روانی حرکتی)، عاطفی (خلق پایین و کاهش محسوس علاقه و لذت) و شناختی (کاهش تمرکز و اعتماد به نفس، و گاه افکار خودکشی)<sup>۴</sup> و نیز ناهنجاری در سطح نورترنس‌میتراها و هورمون‌ها مانند کورتیزول (تایلور، ۲۰۱۶) رخ می‌دهد؛ بنابراین، نبودن خدمات درمانی مناسب و به هنگام در این بیماری می‌تواند بر سلامت جسمانی و سبک زندگی به صورت گسترده آثار مخربی داشته باشد (روچ، ۲۰۰۲<sup>۵</sup>؛ به نقل از تایلور، ۲۰۱۶). در تبیین ابتلا به اختلالات روان‌شناختی و افسردگی در منابع علمی و دینی علل گوناگونی مطرح شده است؛ برای نمونه در منابع علمی طرد شدن از سوی همسالان (طهماسیان و همکاران، ۱۳۸۸)، بی‌تحریکی (حسن‌پور و میرنادری، ۱۳۸۶)، جنسیت (روزال<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۷)، بی‌خوابی و نامنظم بودن خواب (حجتی و همکاران، ۱۳۸۷)، حمایت‌های اجتماعی ضعیف و شیوه‌های مقابله یا استرس (اکوچکیان و همکاران، ۱۳۸۷)، ارتباطات زیاد و مستمر با انسان‌هایی که مبتلا به بیماری‌های روانی می‌باشند (نظری و همکاران، ۱۳۸۱)، مشاغل پراسترس، به ویژه آنهایی که دارای شیفت‌های در گردش هستند (نظرپور و همکاران، ۱۳۸۶)، استرس زیاد و درازمدت (وایان و تی پل، ۲۰۰۰<sup>۷</sup>)، تغییرات در فیزیولوژی بدن مانند کاهش فولات و ویتامین B<sub>۱۲</sub> (سبکتکین و همکاران، ۱۳۸۶)، اختلالات بالینی و نقص‌اندامی مانند بزرگی یطن سوم مغز (ساعدی و همکاران، ۱۳۸۳) اشاره شده است؛ همچنین در منابع دینی از عوامل مؤثر در رخداد افسردگی به موضوعاتی همچون شوق بی‌اندازه به جلوه‌های دنیا،<sup>۸</sup> ابراز

1. Prevalance

2. Insidance

3. Depressive Disorder

4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5

5. Wrosch

6. Rosal

7. Ryan &amp; Twibell

۸. امام صادق (علیه السلام) می‌فرماید: «الرَّغْبَةُ فِي الدُّنْيَا تُورِثُ الْعَمَمَ وَ الْحُرْنَ؛ دنیاخواهی غم و اندوه می‌آورد» (مجلسی، ۱۴۰۳، ج ۷۵، ص ۲۴۰).

نیاز به غیر،<sup>۱</sup> حسادت،<sup>۲</sup> تبلی و مستی،<sup>۳</sup> بدهکاری،<sup>۴</sup> گناه،<sup>۵</sup> چشم اندوزی به اموال و توانایی دیگران،<sup>۶</sup> مصایب و حوادث روزگار<sup>۷</sup> اشاره می‌شود.

همان‌طور که گفته شد، آسیب‌شناسی اختلال افسردگی بسیار گسترده می‌باشد؛ این موضوع در حوزه درمان نیز مطرح است، برای نمونه عده‌ای از پژوهشگران یا پیروی از استدلال‌ها و نظریه‌های روان‌شناسان شناختی از جمله الگوی شناختی-رفتاری<sup>۸</sup> آرون. تی. یک<sup>۹</sup> (۱۳۹۳) و الگوی عقلانی هیجانی رفتاری<sup>۱۰</sup> آلبرت الیس<sup>۱۱</sup> (۱۳۸۲) است. اصلاح روان‌پناه‌ها و افکار غیرمنطقی و ناکارآمد را ملزومات کافی برای درمان اختلال افسردگی بیان می‌کنند (هایدر<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ کیلی<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). در نگاه گروه دیگری از متخصصان، افسردگی حاصل الگوهای معیوب پاسخ‌دهی به افکار یا فراشناخت‌ها<sup>۱۴</sup> است؛ به این معنا که کیفیت فکر درباره فکر (فراپاور)<sup>۱۵</sup> مسبب اصلی رخداد افسردگی است، بنابراین معتقدند اصلاح فراپاورهای معیوب مانند همجوشی افکار<sup>۱۵</sup> و اندیشناکی<sup>۱۶</sup> عامل اصلی درمان اختلال افسردگی است (تولین<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ جولین<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۶؛ فیشر<sup>۱۹</sup> و ولز، ۲۰۰۸؛ ولز، ۲۰۰۹).

سؤال‌های اساسی در نظریات بالا این است که اولاً، چرا با شدت یافتن مشکلات روان‌شناختی و حالت‌های بحرانی، درمان‌های لازم کارایی ندارند؟ و ثانیاً، چرا برگشت<sup>۲۰</sup> و عود<sup>۲۱</sup> نشانه‌های

۱. امام سجاد علیه السلام: «طلبُ الحوائجِ الى الناسِ مذلةٌ للحياةِ و مذهبُةٌ للحياءِ و استخفافُ بالوقارِ و هو الفقرُ الحاضرُ و قلةُ طلبِ الحوائجِ الى الناسِ هو الغنىُ الحاضرُ» (ابن‌شعبه حرانی، ۱۴۰۴ق، ص ۲۸۶).
۲. امیرالمؤمنین علیه السلام: «الْحَسَدُ لَا يَجْلِبُ إِلَّا مَضْرَّةً وَ غَيْظًا يُوَهِّنُ قَلْبَكَ وَ يَمْرُسُ جِسْمَكَ» (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۷۳، ص ۲۵۶، ح ۲۹).
۳. حضرت علی علیه السلام می‌فرماید: «من قصر فی العملِ ابتلی بهائم؛ آنکه در کار کوتاهی ورزد، دچار اندوه گردد» (نهج‌البلاغه، حکمت ۲۳۹).
۴. پیامبر گرامی اسلام صلی الله علیه و آله و سلم فرمود: «إِيَّاكُمْ وَ الَّذِينَ قَاتَهُ هَمٌّ بِاللَّيْلِ وَ ذُلٌّ بِالنَّهَارِ؛ بدهی، غصه شب و ذلت روز است». علل الشرائع، ج ۲، ص ۵۲۷، حدیث ۱.
۵. امام رضا علیه السلام نیز فرمود: «هیچ یک از شیعیان علی علیه السلام نیست که در روز، بدی یا گناهی مرتکب شود؛ مگر اینکه در شب اندوهی به او می‌رسد که آن بدی و گناه را فرو می‌ریزد» (مجلسی، ۱۴۰۳ق، ج ۶۵، ص ۱۴۶).
۶. پیامبر گرامی اسلام صلی الله علیه و آله و سلم فرمود: «مَنْ تَطَّرَ إِلَى مَا فِي أُيُوبِ النَّاسِ طَالَ حُرَّتُهُ وَ دَامَ أَسْفُهُ؛ کسی که چشمش به آنچه در دست مردم است باشد، اندوهش طولانی و افسوسش پایدار خواهد شد» (همان، ج ۷۴، ص ۱۷۲).
۷. امیرالمؤمنین علیه السلام می‌فرماید: «أَغْضِي عَلَى الْقَنَى وَ إِلَّا كُنْ تُرْصَ أَيْدَا؛ در مقابل ناملایمات و مشکلات ریز و درشت روزگار صبور و بردبار باش در غیر این صورت هرگز خرسند نمی‌شوی» (نهج‌البلاغه، حکمت ۲۱۳).

8. Cognitive behavioral therapy

9. Aaron.T.Beck

10. Rational-Emotive Behavior Therapy

11. Albert Ellis

12. Heider

13. Keeley

14. Metacognitions

15. Thoughts Fusion

16. Worry

17. Tolin

18. Julien

19. Fisher

20. Relapse

21. Recurent

اختلالات روانی (هاگا، درایدن و دانسی، ۱۹۹۱)<sup>۱</sup> از جمله اختلال افسردگی (یانگ، وین برگ و یک، ۲۰۰۱)<sup>۲</sup> پس از گذر زمانی کوتاه، زیاد است.

پیرو چالش‌های یاد شده در دهه‌های گذشته، برخی روان‌درمانگران تلاش کرده‌اند تا از مفاهیم دینی و معنوی در روان‌درمانی استفاده کنند. این مداخلات درمانی در نظریه‌های روان‌درمانی مختلف مانند تئوری‌های انسان‌گرایان و وجودگرایان مطرح شده است؛ از سویی، مطالعات و تحقیقات فراوانی نیز وجود دارد که اثربخشی مؤلفه‌های معنوی و دینی در درمان اختلالات روانی را تأیید کرده‌اند (آسرو، پاچالاسکی و سالمسی<sup>۳</sup> (۲۰۰۱)؛ واکارو<sup>۴</sup> (۲۰۰۷)؛ کندلر<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۳)؛ جان‌بزرگی (۱۳۸۶)؛ اکس لین<sup>۶</sup> (۲۰۰۸)؛ پریستر<sup>۷</sup> (۲۰۰۱)؛ پارگامنت<sup>۸</sup> (۱۹۹۷)؛ روحانی و همکاران (۱۳۹۲).

رابطه دین و معنویت یا سلامت در بسیاری از پژوهش‌های دیگر نیز تأیید شده است. کروک<sup>۹</sup> (۲۰۰۸) نشان داد افرادی که از نظر مذهبی در سطح بالاتری قرار دارند، تمایل دارند مشکلات و مسائل خود را از راه حل مسئله و همراه با حمایت اجتماعی حل کنند. مطالعات فراوانی وجود دارد که رابطه منفی میان ابتلا به نشانگان اختلال افسردگی و برخورداری از باورهای معنوی و انجام مناسک مذهبی را مطرح و تصریح می‌کنند (غباری‌یناب و همکاران، ۱۳۸۸؛ دسرسیروس و میلر، ۲۰۰۷؛ فرینگ، میلر، و شاو، ۱۹۹۷؛ کوینگ، ۲۰۰۷).

با وجود انبوه پژوهش‌ها در موضوع اثربخشی رویکردهای دین‌محور بر اختلالات روان‌شناختی و به ویژه نشانگان افسردگی، همواره خلأ رویکردی که به صورت مبنایی و اصولی (نظری و عملی) براساس یافته‌های دینی طراحی شده باشد، احساس می‌شود (جان‌بزرگی، ۱۳۹۴). این موضوع در حیطه مداخلات کوتاه‌مدت مرتبط که نیاز روزافزون پشیر امروزی است (پروچسکا، ۱۳۹۵) و نیز الگوهای مدیریتی و زاهدی روان‌درمانگری یا رویکرد دینی (روحانی و همکاران، ۱۳۹۶) با شدت و حدت بیشتری احساس می‌شود.

اگر هویت را درونی‌سازی فرهنگ شامل خانواده، الگوهای تربیتی، سیستم ارزشی و... در فرد بدانیم؛ اخلاقیات، اعتقادات و اعمال مذهبی مؤلفه‌های اصلی آن هستند؛ به عبارت دیگر، روان‌درمانگری نوعی تعامل عمیق بین افراد است که به نوعی یا هویت فرد نیز در ارتباط است.

1. Haaga, Dryden & Dancy

3. Asrow, Puchalski & Sulmasy

5. Kendler

7. Priester

9. Krok

2. Yong, Weinberger & Beck

4. Vaccaro

6. Exline

8. Paragament

امروزه، روان‌درمانگری بین فرهنگی یا این‌گونه مؤلفه‌ها سروکار دارد (جالین، دراگنس و فیش،<sup>۱</sup> ۲۰۰۸).

در این میان رویکردی نوظهور یا عنوان روان‌درمانگری چندبعدی معنوی (SMP)<sup>۲</sup> که در آن انسان را دارای دو بعد مادی و معنوی یا چهار حوزه ادراکی به نام‌های مبدأ، خود، هستی و معاد می‌انگارد، مطرح شده است. محور این چهار حوزه خداپنداشت<sup>۳</sup> می‌باشد. خداپنداشت، ادراک مفهوم خداوند است، منطبق با آنچه خود در کتاب‌های آسمانی بیان می‌کند و در برابر خداپنداره مطرح می‌شود که به توصیف خداوند براساس تصاویر ذهنی فرد اشاره دارد که بیشتر وابسته به چهره‌های والدینی است (جان‌یزرگی، ۱۳۹۶). نکته قابل توجه دیگر در این نظریه سازوکارهای درمانی حوزه‌های ادراکی بالا می‌باشد. به این ترتیب که با فعال‌سازی درست حوزه مبدأ ادراک شده، آدمی یا معنویت درگیر می‌شود، زیرا فکر یقینی در مورد وجود خداوند در ایشان شکل می‌گیرد و از انسان تصورات اشتباه که حاصل الگوهای تربیتی و تجارب دوران تحول فرد بوده است، زوده و پنداشت درست از خداوند و آگاهی و ادراک از صفات خالقیت، ربوبیت در ایشان شکل می‌گیرد و انسان درک می‌کند که به صورت تصادفی وارد این دنیا نشده است و مأموریتی برای خلقت خود احساس می‌کند و این موضوع سبب وحدت‌یابی اعمال و رفتارهای انسان می‌شود. به صورت طبیعی در پی فعال شدن حوزه ادراکی مبدأ، حوزه ادراکی غایت (معاد) نیز فعال می‌گردد؛ در واقع با رخداد سازوکار وحدت‌یابی اعمال انسان و این تفکر که آدمی برای مقاصد خاصی وارد این دنیا شده است، سازوکار هدفمندی رفتارها نیز فعال و یا به عبارتی رفتارهای فرد هدفمند می‌شود. یا فعال شدن این دو، در حوزه هستی ادراک شده سازوکار ارزشمندی و معنادگی به اعمال تحریک می‌شود و انسان خود را بسیار ارزشمند و همچنین متفاوت و برتر نسبت به سایر موجودات می‌یابد و سرانجام در حوزه خود ادراک شده سازوکار فراروی بعد معنوی فعال می‌شوند؛ به عبارت دیگر، انسان در راستای اهداف متعالی می‌تواند از خودمحوری عبور و از مادیت، منیت و موقعیت فراروی کند. به صورت کلی، این سازوکارها در چارچوب اصل عقلانیت و خودنظم‌جویی تعالی جویانه زمینه درمان و تعالی‌خواهی مراجع را فراهم می‌کند (جان‌یزرگی، ۱۳۹۴).

همان‌طور که مشهود است، این نظریه معنویت‌محور<sup>۴</sup> می‌باشد و اصالت را بر بعد معنوی انسان می‌دهد. نکته قابل توجه دیگر اینکه تمامی اصول نظری و عملی این نظریه درمانگری مبتنی بر مبانی و آموزه‌های دینی (اسلامی) است و مؤلفه‌های فرهنگی نیز متناسب با جامعه ایرانی در آن گنجانده شده است (جان‌یزرگی، ۱۳۹۴).

1. Gielen, Draguns & Fish

2. Spiritually Multidimensional Psychotherapy

3. God – concept

4. spiritual-centered

بر اساس نظریه درمانگری چندبعدی معنوی ابتلا یا بی‌ابتلایی انسان به اختلالات روان‌شناختی به فعال/ تافعال بودن عقل فطری و اختلال و نبود انسجام ادراکی در حوزه‌های چهارگانه مربوط است.<sup>۱</sup> از طرفی نیز روان‌شناسان و روان‌پزشکان، واقع‌نگری و واقعیت‌سنجی را محور اصلی سلامت روانی و ضعف آن را نشانه و عامل مهم اختلال می‌دانند (انجمن روان‌پزشکان آمریکا، ۲۰۱۳). موضوع مهم دیگر که در سلامت روان‌شناختی انسان بسیار مهم انگاشته شده است، ابره‌های اولیه و کیفیت رابطه انسان با آنها است (شولتر و شولترس، ۱۳۹۶) و این در حالی است که از دیدگاه این الگو خداوند به‌عنوان موضوع اصلی عشق انسان مطرح است<sup>۲</sup> و بازگشت به او نیز مهم‌ترین هدف انسان در نظر گرفته می‌شود،<sup>۳</sup> مصادیقی مانند خود تحقق یافته در تئوری مزلو (۱۳۸۶)، انسان عاقل در نگاه آلپورت (۱۹۶۱، ۱۹۶۸)، خودشکوفایی و انسان با کنش کامل در نظریه راجرز (۱۹۶۱)، کل شدن به واسطه انسان اینجا و اکنون در نظریه پرلز (۱۹۶۹)؛ به نقل از شیلینگ، لونیس، (۱۳۹۱)، عقلانی شدن در نظریه‌های شناختی (یک و ویشار، ۲۰۱۴)، خردمندی در نظریه اریکسون (۱۹۵۹)، انسان فرارونده در نظریه فرانکل (۱۹۵۹، ۱۹۶۹)، همه به نوعی مصداق‌ها و نمونه‌هایی از توجه به ابعاد جزئی انسان هستند که در کلیت آن به انسان خداگونه در مکتب اسلام تجلی می‌یابند؛ به بیان دیگر، در این نظریه درمانگر با فعال‌سازی عقلانیت و اصلاح سبک دلبستگی و تغییر موضوع آن به خداوند؛ اولاً، سبب یکپارچگی ابعادی مراجع می‌شود و ثانیاً، سبب خودفراروی یا خروج از منیت و خودمحوری (که مسبب بسیاری از احساسات ناخوشایند و رفتارهای نابهنجار است) می‌گردد و این موضوعات زمینه تسریع بهبود مشکلات روان‌شناختی و کاهش برگشت بیماری‌ها در مراجعان را فراهم می‌آورد.

همان‌طور که بیان شد؛ از آنجا که شیوع و بروز اختلالات روان‌شناختی مخصوصاً اختلال افسردگی رو به افزایش است، و نیز با وجود مطالعات فراوان دال بر اثربخشی درمان‌های معنوی و دین‌محور در کاهش و رفع مشکلات روان‌شناختی، خلأ رویکردهای درمانی یا ویژگی کوتاه‌مدت بودن، کاملاً دین‌محور بودن و معتقد به اصیل بودن بعد معنوی انسان، به صورت جدی وجود دارد. در این میان، الگوی درمانگری چندبعدی معنوی (SMP) از جان بزرگی (۱۳۹۵) یا ویژگی‌های قابل توجه خویش؛ یعنی «اصالت دادن به بعد معنوی انسان» و «کاملاً برگرفته شده از متون دینی» و «همخوان یا منابع علمی و فرهنگ اسلامی ایرانی» در جوامع علمی در موضوع درمان اختلالات

۱. وَ مَنْ أَعْرَضَ عَنْ ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنْكًا يَنْحَشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى (طه، ۱۲۴)؛ الَّذِينَ يَرْجُونَ الْفِتْرَةَ وَسُوءَ مَا فِيهَا خَالَتُونَ (مؤمنون، ۱۱)؛ هُنَّ ذِكْرِي لِأُولَى الْأَيْتَابِ (غافر، ۵۴).

۲. فَلَمَّا جَنَّ عَلَيْهِ اللَّيْلُ رَأَى كَوْكَبًا قَالَ هَذَا رَبِّي فَلَمَّا أَفَلَ قَالَ لَا أُحِبُّ الْآفِلِينَ (انعام، ۷۶).

۳. الَّذِينَ يَتْلُونَ كِتَابَهُمْ أَتْلُقُوا وَبِهِمْ وَ أَنَّهُمْ إِلَيْهِ وَاجِعُونَ (بقره، ۴۶).

اضطرابی مطرح شده است؛ بنابراین، پژوهش حاضر با هدف انطباق الگوی کوتاه مدت درمانگری چندبعدی معنوی (اسلامی) برای کاهش و مهار نشانگان افسردگی مراجعان مبتلا انجام پذیرفت.

## روش

این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی شاهددار تصادفی شده دو گروهی است. جامعه پژوهش کلیه مبتلایان به افسردگی مراجع کننده به مرکز مشاوره با رویکرد دینی خشت اول (وابسته به دانشگاه علوم پزشکی مشهد) و مرکز مشاوره با رویکرد دینی حرم مطهر در چهار ماه اول سال ۱۳۹۶ بود. برای تعیین حجم نمونه از مطالعه راهنما و فرمول مقایسه دو میانگین یا ضریب اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد استفاده گردید. حجم نمونه ۱۶ نفر در هر گروه برآورد شد؛ که با در نظر گرفتن ریزش نمونه، تعداد چهل نفر که شرایط ورود به تحقیق را داشتند، انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی با استفاده از جدول اعداد تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) تقسیم شدند که در مدت مطالعه دو نفر از افراد گروه آزمایش به علت شرکت نکردن در جلسات و دو نفر از گروه آزمایش به علت مراجعه نکردن برای تکمیل پرسشنامه مرحله دوم از مطالعه خارج شدند.

معیارهای ورود در این پژوهش عبارت بود از: ۱. مراجعه به مرکز؛ ۲. احراز ابتلا به اختلال افسردگی از کانال مصاحبه تخصصی توسط روان شناس بالینی و انجام سنجش های مرتبط، مانند تست افسردگی یک؛ ۳. نداشتن سابقه شرکت در دوره های آموزشی و درمانگری مربوط به درمان های شناختی-رفتاری و معنویت محور و در حال حاضر عادی بودن زندگی مراجع؛<sup>۱</sup> همچنین، مراجع اختلالات حاد روان پزشکی و اختلال شخصیت نداشته<sup>۲</sup> و از نظر گفتاری و شنیداری سالم باشد؛<sup>۳</sup> به صورت داوطلبانه و کتبی رضایت خود را از حضور در دوره اعلام کرده و پاسخ دهی کامل به پرسشنامه های پیش آزمون و پس آزمون را داده باشد؛ تعهد به گذراندن دوره و رعایت سقف غیبت (حداکثر یک جلسه) را داشته و پس از معرفی خدمات دوره، مخالفت عینی جهت دریافت درمانگری دین محور نداشته باشد. معیار خروج نیز شامل رخ دادن حادثه استرس زای سخت مانند فوت عزیزان، بیماری یا هر واقعه استرس زای دیگر در مدت پژوهش که بر

۱. در شش ماه گذشته، تحت تأثیر حادثه استرس زای حاد و شدید (مانند فوت عزیزان، تصادف، بیماری شدید برای یک عضو خانواده، از دست دادن یک فرصت خوب شغلی یا تحصیلی، شکست مالی، عاطفی یا اجتماعی شدید، طلاق، اختلافات خانوادگی) نباشد که بر عملکرد و رفتار وی به صورت محسوس تأثیرگذار باشد. این سؤال را نیز پژوهشگر پرسید.  
 ۲. دچار بیماری ناتوان کننده و حاد نباشد، در حال مصرف داروهای اعصاب و روان نباشد، سابقه بستری به علت مشکلات اعصاب و روان را نداشته باشد که با پرسش از خود مراجع از جانب مصاحبه گر متخصص کنترل می شود.  
 ۳. مشکل خاصی در زمینه صحبت کردن و شنیدن نداشته باشد که با مشاهده خود پژوهشگر کنترل می شود.

روند معمول زندگی، عملکرد شغلی تأثیر منفی زیادی بگذارد؛<sup>۱</sup> حضور نداشتن در دوره به صورت منظم (غیبت بیش از یک جلسه در دوره)؛ تکمیل نکردن ابزارهای پژوهش در مرحله دوم جمع‌آوری در گروه مداخله؛ تمایل نداشتن به ادامه شرکت در پژوهش.

در ابزار پژوهش، از پرسشنامه افسردگی یک (BDI) استفاده شد که شامل ۲۱ گروه سؤال است و برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ از سوی آرون یک، بکوارد، مندلسون، مارک و ارباف تدوین شد. یک، استیر و گاربین (۱۹۸۸)، در یک تحلیل سطح بالا از کوشش‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ یا میانگین ۰/۸۶ را به دست آوردند. پودات (۱۳۵۷) ضریب همبستگی مثبتی در سطح ۰/۵۶ را با پرسشنامه کنترل درونی و بیرونی راتر زوی گروهی از دانشجویان مرد دانشگاه تهران به دست آورد. چگینی (۱۳۶۱) همبستگی ۰/۵۴ را با مقیاس افسردگی MMPI به دست آورد. پرسشنامه دیگر آزمون خودپنداره و خداپنداره بود. این آزمون براساس مفاهیم مذهبی اسلامی و جهت‌گیری فرهنگی و دینی (سرآبادانی تفرشی، ۱۳۹۶) تهیه شده است. این ابزار ۴۰ مؤلفه دارد که ۲۵ مؤلفه مربوط به خداپنداره و ۱۵ مؤلفه مربوط به خودپنداره است و هر مؤلفه آن دارای چهار گزینه (کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف) می‌باشد. جهت بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی روی ۶۲۸ دانشجوی دوره کارشناسی اجرا شد. پایایی آزمون یا دوروش آزمون - آزمون مجدد که همبستگی بین آزمون - آزمون مجدد خداپنداره ۰/۸۰۶ و خودپنداره برابر ۰/۵۸۲ و آلفای کرونباخ که ۰/۸۱۵ تأیید شد. همچنین از روش همبستگی درونی برای تعیین میزان روایی مقیاس استفاده شد و حداکثر ضریب آن ۰/۸۶ به دست آمد. تحلیل عاملی یا روش مؤلفه‌های اصلی چهار عامل در پاسخ شرکت‌کنندگان شناسایی کرد که شامل ۷ مؤلفه خودپنداره، ۸ مؤلفه خودپنداشت، ۱۴ مؤلفه خداپنداره و ۱۱ مؤلفه خداپنداشت بود.

ابتدا در سیستم پذیرش مراجعان با شکایت افسردگی به متخصص بالینی ارجاع و پس از مصاحبه تخصصی و تشخیص اولیه اطلاعات ثبت و سپس در مدت یک هفته برای شرکت در مطالعه یا آنان تماس گرفته شد. پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل شامل تکمیل پرسشنامه‌های داده‌های دموگرافیک، و افسردگی یک، پرسشنامه خودپنداره و خداپنداره بود و یک ماه پس از اتمام مداخله، دوباره از دو گروه آزمایش و کنترل خواسته شد تا به صورت حضوری جهت تکمیل پرسشنامه افسردگی یک در محل مرکز مشاوره یا رویکرد دینی خشت اول حضور یابند.

کارگاه درمانگری چندبعدی معنوی که شامل جلسات روان‌درمانی و فعالیت خارج از کارگاه بود؛

۱. این مورد یا پرسش از خود مراجعان کنترل می‌شود.



در قالب یک گروه ۲۰ نفره در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته به صورت دو روز در هفته برگزار شد. جلسه اول و دوم به حوزه ادراکی خود اختصاص داشت که شامل افزایش امید به درمان از راه ترمال سازی و همچنین، تسویه چهارراه ذهن و بدن (این تکنیک اشاره به اصلاح کلی الگوهای درست خواب، ورزش، روابط زناشویی و تغذیه دارد، بنابراین نظریه روان‌درمانگری چندبعدی معنوی، اصلاح سبک زندگی در حوزه‌های چهارگانه بالا اثر مثبت در بهبود کارکردهای ذهنی دارد؛ برای مثال، فردی که به صورت پیوسته ریتم خوابش تغییر می‌کند و شب‌ها بیدار و روزها می‌خوابد، بیشتر در معرض ابتلا به مشکلات روان‌شناختی است و فعال‌سازی حوزه‌های ادراکی چهارگانه یا تکنیک‌هایی مانند فن جزیره (در این تکنیک با تصویرسازی مخاطب در جزیره‌ای خالی از سکنه، به صورتی که ناگهان در آن حبوط کرده است و هیچ اطلاع قبلی از هویت خویش ندارد، شرایطی مانند ورود انسان به دنیای خاکی را برای وی به تصویر می‌کشیم و این موضوع به صورت خودبه‌خودی افکار و احساساتی مانند "من کیستم؟ چه کسی من را به این مکان آورده؟ به کجا خواهم رفت؟ و غیره" را در مراجع ایجاد می‌کند، و این یعنی فعال شدن حوزه‌های ادراکی چهارگانه مبدأ، غایت، هستی و خود که مراجع متوجه آنها خواهد شد) بود. جلسه سوم و چهارم ورود به حوزه ادراکی مبدأ در دستور کار قرار گرفت و بر شکل‌گیری فکر یقینی از وجود خداوند و اینکه انسان تصادفی خلق نشده است، تمرکز یافت. جلسه پنجم و ششم بر مفهوم "اللَّهُ تَوْرُ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ" و نیز درک مفهوم خالقیت و ربوبیت گذشت، جلسه هفتم و هشتم بر مفهوم ولایت و سوق مراجعان به پذیرش و رضامندی نسبت به دستورالعمل‌های دینی و سبک زندگی معنوی (اسلامی) و نیز برگشت دوباره به حوزه ادراکی خود با محوریت مفهوم عبد و اینکه انسان جلوه‌ظهور خداوند است و ماهیتی مستقل ندارد، گذشت و نیز اینکه مجموعه صفات مثبت و منفی که انسان از خویشتن ادراک می‌کند، معمولاً برگرفته از بازخوردها و نوع توجه دیگران به وی بوده و این موضوع با حقیقت درونی همخوانی ندارد، مباحثه شد. جلسه نهم و دهم ورود به حوزه ادراکی هستی یا محوریت هشیاری نسبت به تصور از دنیا و مراقبت از چهارسوی معنوی و رخدادهای احساساتی مانند ارزشمندی و معناداری دوباره به موضوعات و نجات عملی و اصلاح برخی خطاهای شایع‌شناختی در رابطه با دنیا و دیگران، آشنایی با تکنیک خداگویی-خودگویی و اجرای آن گذشت. جلسه یازدهم و دوازدهم نیز با تمرکز بر حوزه ادراکی معاد یا محوریت هیجان ملاقات یا معبود، نامه‌نگاری با خدا، تصویرپردازی زندگی اصیل، مفهوم‌پردازی دوباره زندگی و پیشگیری از برگشت و عود انجام پذیرفت. پس از اتمام آخرین جلسه، براساس مطالعه مشابهه (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵) دو ماه هر هفته به صورت تلفنی یا مخاطبان برای پیگیری مهارت‌های آموخته شده و بررسی عود و برگشت تشانگان افسردگی تماس گرفته شد.

به منظور رعایت موازین اخلاقی، در انتهای تحقیق محتوای آموزشی ارائه شده برای گروه مداخله به صورت چاپی در اختیار گروه شاهد قرار گرفت. در نهایت، داده‌ها جمع‌آوری و با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۰ و به کارگیری آزمون‌های آماری تجزیه و تحلیل شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش  $28/78 \pm 6/01$  یا کوچک‌ترین سن ۲۰ سال و بزرگ‌ترین سن ۴۱ ساله و در گروه کنترل نیز میانگین  $29/78 \pm 5/84$  یا کوچک‌ترین سن ۲۳ سال و بزرگ‌ترین سن ۴۳ سال بود. بیشتر شرکت‌کنندگان در هر دو گروه آزمایش ۶۳ درصد (۱۳ نفر) و کنترل ۵۹ درصد (۱۲ نفر) را خانم‌ها تشکیل دادند. میانگین مدت ابتلا به نشانگان افسردگی در گروه آزمایش ۴ سال و در گروه کنترل ۳ سال بود و نشان‌دهنده این مطلب است که این دو گروه با هم از نظر متغیر سن، جنسیت و مدت ابتلا به افسردگی همگن هستند. جدول شماره ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیر افسردگی را در گروه آزمایش و گروه کنترل در پیش و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی داده‌های حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر متغیرهای موردآزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	
SD	M	SD	M		
۶/۱۶	۹/۶۷	۱۰/۷۲	۳۱/۷۸	آزمایش	افسردگی
۸/۱۸	۳۱/۷۲	۹/۵۷	۳۰/۸۹	کنترل	
۴/۱۷	۲۱/۰۶	۴/۷۷	۳۰/۵۶	آزمایش	تصویر ساختگی خدا (خداپنداره)
۵/۲۰	۱۹/۸۹	۴/۸۲	۱۹/۲۸	کنترل	
۴/۲۸	۳۱/۸۹	۴/۲۸	۲۳/۰۰	آزمایش	تصویر واقعی خدا (خداپنداشت)
۳/۸۵	۲۲/۵۵	۴/۱۸	۲۲/۷۸	کنترل	
۴/۲۴	۱۵/۶۱	۲/۳۶	۲۱/۱۷	آزمایش	تصویر ساختگی خود (خودپنداره)
۴/۰۰	۱۶/۸۳	۳/۲۹	۱۶/۷۲	کنترل	
۳/۵۷	۲۴/۷۸	۳/۶۸	۱۹/۱۱	آزمایش	تصویر واقعی خود (خودپنداشت)
۴/۶۶	۱۸/۱۱	۴/۸۹	۱۸/۶۱	کنترل	

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، پس از مداخله درمانی چندبعدی معنوی میانگین افسردگی در مراجعان گروه آزمایش از  $31/78 \pm 10/72$  به  $9/67 \pm 6/16$  کاهش و متغیر خداپنداره از  $30/56 \pm 4/77$  به  $21/06 \pm 4/17$  کاهش یافت و متغیر خداپنداشت از  $4/28 \pm 23/00$  به  $31/89 \pm 4/28$  افزایش پیدا کرد؛ همچنین، خودپنداره از  $2/36 \pm 21/17$  به  $4/24 \pm 15/61$  کاهش و خودپنداشت از  $3/68 \pm 19/11$  به  $3/57 \pm 24/78$  افزایش پیدا کرد.

این میانگین‌ها در گروه کنترل تغییر چندان محسوسی نداشته است. جهت آزمون مفروضه‌های کوواریانس از آزمون F لوین و کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد. با توجه به اینکه تساوی واریانس‌ها (f لوین) محاسبه شده در متغیرها در سطح  $p > 0.05$  معنادار نشد، یعنی تفاوت معناداری بین واریانس‌های نمرات این مقیاس در پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل وجود ندارد و این پیش‌فرض مبنی بر همسانی واریانس‌ها در پیش‌آزمون دو گروه تأیید شد. همچنین آماره Z کالموگروف اسمیرنوف در هر دو گروه در متغیرهای مورد بررسی معنادار نشد، پس می‌توان نتیجه گرفت که نمرات نرمال بوده و این پیش‌فرض استفاده از کوواریانس نیز رعایت شده است. جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر الگوی کوتاه مدت در مانگری چندبعدي معنوی (اسلامی) بر متغیرهای مورد آزمون را در مراجعان نشان می‌دهد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر الگوی کوتاه مدت در مانگری چندبعدي معنوی (اسلامی) بر متغیرهای مورد آزمون

توان آماری	Eta	sig	F	MS	df	SS	
۱/۰۰	۰/۹۵	۰/۰۰۰	۲۹۸/۲۰	۲۹۱۹/۲۹	۳	۵۸۳۸/۵۷	افسردگی
۱/۰۰	۰/۸۹	۰/۰۰۱	۱۳۸/۰۹	۳۴۲/۵۶	۳	۶۸۵/۱۱	خداپنداره
۱/۰۰	۰/۸۸	۰/۰۰۱	۱۲۴/۲۳	۵۹۵/۰۸	۳	۱۱۹۰/۱۵	خداپنداشت
۱/۰۰	۰/۷۷	۰/۰۰۹	۵۴/۴۴	۲۲۷/۲۴	۳	۴۵۴/۴۸	خودپنداره
۱/۰۰	۰/۹۳	۰/۰۰۸	۱۷۷/۷۰	۴۵۱/۵۲	۳	۹۰۳/۰۴	خودپنداشت

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس در جدول ۲، الگوی کوتاه مدت در مانگری چندبعدي معنوی (اسلامی) را بر کاهش نشانگان افسردگی مراجعان، معنادار نشان می‌دهد. همچنین، این الگوی مداخله بر مؤلفه‌های خداپنداره و خداپنداشت و خودپنداره و خودپنداشت نیز تأثیرگذار و معنادار بود. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که الگوی کوتاه مدت در مانگری چندبعدي معنوی (اسلامی) موجب کاهش معنادار افسردگی، خداپنداره و خودپنداره و افزایش متغیرهای خداپنداشت و خودپنداشت در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است ( $p < 0.05$ ).

### بحث

یافته‌های این پژوهش نشان‌دهنده این بود که درمانگری چندبعدي معنوی موجب کاهش نشانگان افسردگی مبتلایان مراجع‌کننده به مرکز مشاوره یا رویکرد دینی حرم مطهر و مرکز مشاوره خشت اول شد؛ همچنین، اثر این مداخله تا دوره پیگیری نیز باقی ماند.

در جستجوی گسترده متون پژوهشی، مطالعه و تحقیقی که به بررسی تأثیر درمانگری

چندبعدهی معنوی بر نشانگان افسردگی پرداخته باشد، یافت نشد؛ بنابراین به بررسی تأثیر سایر درمانگری‌های دین‌محور بر مشکلات روان‌شناختی و نشانگان افسردگی پرداخته شد. نتیجه این مطالعه یا پژوهش پراپست<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۹۲)، به نقل از محمودی و همکاران، (۱۳۹۲) مشابه است. ایشان با هجده جلسه درمانگری شناختی رفتاری به همراه مؤلفه‌های دینی توانستند نشانگان افسردگی را کاهش و نمره‌های سازگاری مخاطبان را به‌طور معناداری بهبود دهند. همچنین در پژوهشی دیگر از حسن آبادی (۱۳۸۵) که بر روی زندانیان مرد در مشهد انجام شد، با استفاده از درمانگری معنوی-مذهبی در پانزده جلسه آزمون فرضیه نتایج معناداری را نشان داد. محمدزاده و عاشوری (۱۳۹۶) نیز رابطه معناداری میان تصورات اشتباه از خدا و نشانگان افسردگی را گزارش دادند. در مطالعه بهرامی دشتکی و همکاران (۱۳۸۵) نیز اثربخشی متغیر معنویت بر کاهش نشانگان افسردگی تأیید شد. حمید و کاویانی بروجنی (۱۳۹۵) نیز درمانگری شناختی رفتاری مذهب‌محور را بر روی بیماران مبتلا به ایدز انجام دادند که در دوازده جلسه آموزشی و پیگیری سه ماهه، آثار مثبت و معناداری بر کاهش نشانگان افسردگی و بهبود کیفیت زندگی مخاطبان را گزارش دادند.

همچنین غباری‌یناب و همکاران (۱۳۸۸) در مطالعه خود نشان دادند که رابطه میان فعال بودن بعد معنوی مخاطبان با علائم اضطراب و افسردگی معنادار است و نیز معنایابی در زندگی و تجارب مکرر ارتباط با خدا همبستگی منفی با افسردگی و اضطراب دانشجویان دارد. در تحقیق هافمن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داده شد که تمریناتی مانند قدردانی، مثبت‌اندیشی پخشش در بیماران بستری که احتمال خودکشی داشتند، اثربخشی مثبتی دارد و این موضوع در مؤلفه قدردانی، وزن اثر بیشتری دارد.

همچنین، میتون<sup>۳</sup> (۱۹۹۸) در مطالعه خود نشان داد که تحریک و فعال‌سازی بعد معنوی بر کاهش اضطراب، نشانگان افسردگی و میزان سازگاری و عزت نفس اثر مثبت دارد (به نقل از بهرامی، ۱۳۸۱). کونینگ، مک کلاف و لارسن (۲۰۰۱) نیز نشان دادند افراد یا تجارب معنوی یا لا نسبت به کسانی که تجارب معنوی کمتری دارند از سلامت عمومی بیشتری برخوردارند (غباری‌یناب و همکاران، ۱۳۸۴). در همین راستا، مقیمی و همکاران (۱۳۹۶) رابطه مثبت و معناداری میان انجام مناسک مذهبی (روزهداری) یا سلامت عمومی و کاهش افسردگی را گزارش دادند.

فلاحی و اسدی (۱۳۹۵) نیز پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی مثبت‌اندیشی و دعا بر

1. Propst

2. Huffman

3. Mitun

اضطراب و افسردگی جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله خانواده‌های زیر پوشش کمیته امداد امام خمینی علیه السلام شهر شیراز انجام دادند که نتیجه آن کاهش نشانگان افسردگی و اضطراب بود. این مطالعه با نتایج مطالعه قلعه شاهی و همکاران (۱۳۹۶) که اثر بخشی درمان مثبت‌نگر اسلامی-ایرانی را بر نشانگان افسردگی و اضطراب ۳۰ زن نابارور سنجیده بودند، همسو بود. نمونه مشابه دیگر، مطالعه نافرستی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۵) بود که در مطالعه تک‌آزمودنی خود نشان دادند که روان‌درمانی مثبت‌گرا، اثر مثبت و معناداری در کاهش نشانگان افسردگی و افزایش شادکامی و بهزیستی روان‌شناختی دارد.

در مطالعه آفاخانی و همکاران (۱۳۹۵) نیز که بر روی دانشجویان پزشکی مجرد و متأهل انجام گرفت، رابطه‌ای معنادار و معکوس میان افسردگی و معنویت به دست آمد. مشابه آن، پژوهش حسینیان، منوچهری و علوی (۱۳۸۳) بود که نتایج آن نشان داد احساس معناجویی و معناداری زندگی و وقایع آن با کاهش سلامت روان رابطه معنادار و منفی دارد. پژوهش سالسمن<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۵) نیز رابطه مذهب و معنویت با واسطه‌گری خوش‌بینی و حمایت اجتماعی بر سلامت روان و افزایش سازگاری مثبت گزارش شد.

در تبیین اثر بخشی الگوی درمانگری چندبعدی معنوی بر نشانگان افسردگی چنین می‌توان گفت که وجود یاور یقینی از «خدا» بدون پنداره و توصیفات آلوده به تصاویر والدینی، مادی‌نگرانه و محدود می‌تواند زمینه استحکام نظام روان‌شناختی و اعتقادی فرد را فراهم کند. همان موضوعی که در مبتلایان به افسردگی آسیب‌دیده است. مثلاً خود را تنها، بی‌پناه، ضعیف، و زهاشده می‌پندارند. در نگاهی دیگر آنگاه که حوزه‌های چهارگانه (خود، هستی، مبدأ و غایت) ادراکی انسان یا محوریت عقل فطری فعال می‌شود و در آن سو، از تحریف‌ها و تصورات اشتباه که معمولاً نتیجه تجارب و الگوهای تربیتی است، تسویه و یکپارچه می‌گردد و به سمت واقعیت خویش سوق داده می‌شوند، سطح پاسخ‌دهی انسان اعم از رفتارها، هیجانات، احساسات، تصورات، شناخت‌ها، روابط بین فردی و سبک زندگی به سمت تعادل و یکپارچگی سوق داده می‌شود. و این امر، یعنی تصورات واقعی در حوزه‌های ادراکی چهارگانه بالا از راه بهبود هیجانات ناخوشایند و به دنبال آن اصلاح روابط فرد افسرده یا خود، دیگران، هستی و خدا منجر به کاهش نشانگان اختلال افسردگی و بهبود عملکرد به صورت ابعادی می‌شود. هر چه حوزه‌های ادراکی آلودگی بیشتری به تصورات غیر واقعی داشته باشد، ارتباط فرد با حوزه‌های چهارگانه غیر واقعی‌تر و بیمارگون‌تر می‌شود و آن به معنای ایجاد و تشدید نشانگان اختلالات روان‌شناختی (جان‌پزیرگی، ۱۳۹۶) از جمله افسردگی است؛

1. Nofereesty

2. Salsman

برای مثال، پنداره‌های درست از حوزه‌های ادراکی چهارگانه می‌تواند برای فرد چنین بنماید که در عالم هستی رها شده و خلقتش از زوی تصادف بوده است، بلکه موجودی هدفمند، گرامی و دارای قابلیت رشد و تعالی است. موجودی که در پناه خداوندی عالم، توانا و مهربانی است که لحظه به لحظه در حال تدبیر امورات وی است و هرگز از او غافل نمی‌شود و نیز آگاه می‌شود که تمامی اجزای دنیا و سختی‌ها و خوشی‌های آن زودگذر بوده و جهان هستی تنها مزرعه و مقدمه‌ای برای سعادت ابدی وی هستند. پس بسیاری از ناکامی‌های پیش رویا تجربه شده، پیامدهایی از جمله افسردگی به دنبال نخواهند داشت.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود؛ از جمله آنکه سطح تحول روانی معنوی و تجارب مذهبی مخاطبان متفاوت بود و این امر، یعنی مراجعان وابسته به سطح تحول، خود ممکن است میزان آثار متفاوتی در درمانگری طرح حاضر دریافت کرده باشند؛ اما با توجه به کنترل متغیرهای مختلف و تغییرات معنادار در پسر آزمون، می‌توان اثر مشاهده شده در نشانگان افسردگی را به درمانگری چندبعدی معنوی نسبت داد.

### پیشنهادها

از آنجایی که الگوی درمانگری چندبعدی معنوی، به نوعی نخستین نظریه جامعی است که به صورت کامل یا فرهنگ ایرانی اسلامی همخوان می‌باشد و اصول و استانداردهای علمی کاملاً در آن رعایت شده است، پس پیشنهاد می‌شود؛ اولاً بر حمایت از این‌گونه نظریات که به افزایش اعتماد به نفس اندیشمندان مشاور و روان‌شناس داخلی در تئوری‌پردازی‌های مرتبط می‌انجامد، تأکید ویژه شود؛ ثانیاً در مطالعات بعدی این الگوی نوظهور بر انواع متغیرهای دیگر از جمله تعارضات زناشویی و یا مشکلات تربیتی و... انطباق و گسترش یابد.

## منابع

۱. آرون تی. یک، دیوید ای. کلارک (۱۳۹۳)، کتابکار نگرانی و اضطراب (راه حل شناختی رفتاری)، ترجمه فرزین رضاعی، تهران: ارجمند.
۲. ابن شعبه حرانی، حسن (۱۴۰۴ق)، تحف العقول، قم: جامعه مدرسین حوزه.
۳. اکوچکیان، شهلا؛ اکبر حسنزاده و حمیده محمدشریفی (۱۳۸۷)، «ارتباط حمایت اجتماعی با راهبردهای مقابله با استرس در پرستاران بخش روان پزشکی»، مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، ش ۶۹، ص ۴۱-۴۶.
۴. آقاخانی، نادر؛ مهدی ترابی؛ افشین حضرتی؛ وحید علی نژاد؛ غلامرضا اسم حسینی و علیرضا نیکونژاد (۱۳۹۵)، «ارتباط بین سلامت معنوی و افسردگی در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه»، مجله پزشکی ارومیه، س ۲۷، ش ۸، ص ۶۴۲-۶۴۹.
۵. الیس، آلبرت (۱۳۸۲)، هیچ چیز نمی تواند ناراحت کند آره هیچ چیز، ترجمه مهرداد فیروزبخت و وحیده عرفانی، تهران: مؤسسه خدمات رسا.
۶. بهرامی دشتکی، هاجر؛ حمید علیزاده؛ باقر غباری یناب و ابوالفضل کرمی (۱۳۸۵)، «اثر بخشی آموزش معنویت به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی دانشجویان»، پژوهش های مشاوره (تازه ها و پژوهش های مشاوره)، س ۵، ش ۱۹، ص ۴۹-۷۲.
۷. بهرامی احسان، هادی (۱۳۸۱)، «رابطه بین جهت گیری مذهبی، اضطراب و حرکت خود»، مجله روان شناسی، ۲۴، س ۶، ش ۴، ص ۳۳۶-۳۴۷.
۸. پروچسکا، ج. و نورکراس، جی. سی (۱۳۹۵)، نظریه های روان درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: ویرایش، (انتشار به زبان اصلی، ۲۰۱۰).
۹. جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۵)، «روان درمانگری چندبعدی معنوی، فعال سازی عمل معنوی و اثر بخشی آن بر مشکلات روان شناختی مراجعان مضطرب»، پژوهشنامه روان شناسی اسلامی، س ۲، ش ۳، ص ۸-۳۹.
۱۰. جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۷)، درمان چندبعدی معنوی: یک رویکرد مشاوره و درمان خداسو، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۱۱. جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۶)، «جهت گیری مذهبی و سلامت روان»، پژوهش در پزشکی، ش ۴، ص ۳۴۵-۳۵۰.

۱۲. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۴)، «اصول روان‌درمانگری چندبعدی معنوی»، پژوهشنامه روان‌شناسی اسلامی، س ۱، ش ۱، ص ۹-۴۵.
۱۳. حسن‌آبادی، حسین (۱۳۸۵)، بررسی اثربخشی گروه درمانی معنوی-مذهبی در افزایش عزت نفس زندانیان مرد زندان مرکزی مشهد، رساله دکتری، دانشگاه تربیت معلم تهران.
۱۴. حسن‌پور، معصومه و علی‌اکبر میرنادری (۱۳۸۶)، «بررسی تأثیر هشت هفته حرکات ایروبیک بر میزان افسردگی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان دختر سال اول دوره متوسطه ناحیه ۲ خرم‌آباد»، مجله حرکت، ش ۵۲، ص ۴۴-۵۱.
۱۵. حاجتی، حمید؛ شمس‌الملوک جلال‌منش و محمد فشارکی (۱۳۸۷)، «اثر بی‌خوابی بر سلامت عمومی پرستاران شیفت شب شاغل در بیمارستان‌های دانشگاه علوم پزشکی گلستان»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، س ۱۱، ش ۳، ص ۷۰-۷۵.
۱۶. حمید، نجمه و اکرم کاویانی پروجنی (۱۳۹۵)، «اثر روان‌درمانی شناختی-رفتاری مذهب‌محور بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ایدز»، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، س ۱۸، ش ۲، ص ۶۹-۷۶.
۱۷. حسینیان، سیمین؛ کاترین منوچهری و زهرا علوی (۱۳۸۳)، بررسی و مقایسه رابطه سلامت روان و احساس معناجویی در دانشجویان دختر خوابگاهی مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه الزهراء مقاله ارائه شده در دومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
۱۸. شولتز، دوآن و شولتز، سیدنی آلن (۱۳۹۶)، نظریه‌های شخصیت، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: ویرایش.
۱۹. سلیگمن، م. پ. و روزنهان، د. (۱۳۷۹)، آسیب‌شناسی روانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی، تهران: مؤسسه نشر دلاوران (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۶).
۲۰. روحانی، مرتضی؛ علیرضا رجایی؛ سیدعلی کیمیایی؛ جواد ملک‌زاده و حمیدرضا بهنام و شانی (۱۳۹۲)، «تأثیر آموزش شناختی-رفتاری دینی بر احساس ناامیدی، بی‌ارزشی و نارضایتی از زندگی در پرستاران»، فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، س ۲، ش ۳، ص ۴۵-۵۵.
۲۱. روحانی، مرتضی؛ مسعود آذربایجانی؛ مسعود جان‌بزرگی؛ عباس پسندیده؛ سیدمحمد ضیایی؛ کاظم رسولزاده طباطبایی؛ محمدحسن حسن‌زاده و جواد یهادرخان (۱۳۹۶)، الگوی راهبردی مشاوره یا رویکرد دینی، مشهد: انتشارات قدس رضوی.



۲۲. سبکتکین، مریم؛ بهرام پورقاسم گرگری؛ سلطانعلی محبوب و نصرت‌الله پورافکاری (۱۳۸۶)، «بررسی وضعیت اسید فولیک و ویتامین B<sub>۱۲</sub> در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی»، مجله پزشکی ارومیه، ش ۲، ص ۱۱۲-۱۱۹.
۲۳. ساعدی، داریوش؛ مجتبی یکرنگ صفاکار و کیقباد فرید اراکی (۱۳۸۳)، «بررسی قطر عرضی بطن سوم مغز در تصویرهای توموگرافی کامپیوتری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده»، مجله دانشگاه علوم پزشکی ایران، س ۱۱، ش ۴۳، ص ۷۷۱-۷۸۰.
۲۴. سرآبادانی تفرشی، لیلیا (۱۳۹۶)، «رابطه خداپنداره و تحول روانی معنوی یا افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان»، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد قزوین.
۲۵. شیلینگ، لونیس (۱۳۹۱)، نظریه‌های مشاوره، ترجمه سیده خدیجه آرین، چ ۱، تهران: مؤسسه اطلاعات.
۲۶. طهماسیان، کارینه؛ آسیه اناری؛ سمیرا کرملو و مهدیه شفیعی تبار (۱۳۸۸)، «تجربه افسردگی و طردشدگی از سوی همسالان در نوجوانان دارای بیماری مزمن»، فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، ش ۲۱، ص ۷-۱۴.
۲۷. غباری‌یناب، یاقر (۱۳۸۴)، استفاده از روش عفو و گذشت در اصلاح روابط بین فردی، تهران: معاونت دانشجویی و فرهنگی.
۲۸. غباری‌یناب، یاقر؛ عباس متولی‌پور و مجتبی حبیبی عسگرآبادی (۱۳۸۸)، «رابطه اضطراب و افسردگی یا میزان معنویت در دانشجویان دانشگاه تهران»، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، س ۱۰، ش ۲، ص ۱۱۰-۱۲۳.
۲۹. گنجی، مهدی و حمزه گنجی (۱۳۹۳)، آسیب‌شناسی روانی براساس DSM5، تهران: نشر ساوالان.
۳۰. مزلو، آبراهام (۱۳۸۶)، زندگی در اینجا و اکنون (هنر زندگی متعالی)، ترجمه مهین میلانی، تهران: انتشارات فراروان.
۳۱. محمودی، فاطمه؛ محمود نجفی؛ شاهرخ مکوند حسینی و رضا پورحسین (۱۳۹۲)، «رابطه نخستین روان‌پهنه‌های سازش‌نایافته با مفهوم خدا در دانشجویان»، مجله علوم روان‌شناختی، س ۱۲، ش ۴۷، ص ۲۸۶-۲۹۹.
۳۲. فلاحی، معصومه و الهه اسدی (۱۳۹۵)، «اثر بخشی مثبت‌اندیشی و دعا بر اضطراب و افسردگی جوانان ۱۷ تا ۱۹ ساله»، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، س ۱۷، ش ۳، ص ۱۱۸-۱۲۵.
۳۳. محمدزاده، علی و احمد عاشوری (۱۳۹۶)، «بررسی برخی همبسته‌های مذهبی افسردگی مرگ در بین دانشجویان»، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی ایران، س ۲۳، ش ۱، ص ۶۸-۷۷.

۳۴. مقیمی، جملیه؛ محمدرضا تمدن؛ شیدا ذوالفقاری و مجید میرمحمدخانی (۱۳۹۶)، «ارتباط روزه‌داری اسلامی با کیفیت زندگی، ناتوانی فیزیکی، فعالیت بیماری و افسردگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید»، مجله کومش، س ۱۹، ش ۶۶، ص ۳۶-۴۲.
۳۵. نوربالا، احمدعلی؛ بهزاد دماری و سهند ریاضی اصفهانی (۱۳۹۳)، «بررسی روند شیوع اختلالات روانی در ایران»، دو ماهنامه علمی-پژوهشی شاهد، س ۲۱، ش ۱۱۲، ص ۱-۱۱.
۳۶. نظری، طاهره؛ محمدتقی یاسمی؛ مهتری دوست‌محمدی و کاظم نعمت‌زاده ماهانی (۱۳۸۱)، «بررسی میزان شیوع افسردگی و اضطراب در بیماران بستری در بخش‌های داخلی و جراحی»، مجله اندیشه و رفتار، ش ۲، ص ۱۸-۲۵.
۳۷. نظریور، شهلا؛ مهناز مهربابی‌زاده هنرمند و صلاح‌الدین عنایتی (۱۳۸۶)، «مقایسه سلامت روانی پرستاران زن نوبت کار مختلف»، مجله علمی پزشکی، س ۶، ش ۴، ص ۴۳۱-۴۳۸.
۳۸. ولز، آ. (۱۳۹۱)، فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی، ترجمه مهدی اکبری، ابوالفضل محمدی و زهرا اندوز، تهران: ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۹).
39. Asrow, A.B., Puchalski, C. M., & Sulmasy, D.P.(2001), Religion, spirituality, and health care: social, ethical, and practical consideration. *American Journal of Medicinal*, 110(4),283-287.
40. Allport, G. W. (1968), *The Person in Psychology*, Boston: Beacon Press.
41. Beck, A. T.; Weishar, M. E. (2014), "Cognitive Therapy", In: Corsini, R. J., Wedding, D. (Eds.). *Current Psychotherapy* (10th), Brooks/ Cole.
42. Desrosiers, A., and Miller, L. (2007), Relational spirituality and depression in adolescent girl. *Journal of Clinical Psychology*, 63(10), 1021-1037.
43. Erikson, E. H. (1959), *Identity and the Life Cycle: Selected Papers*, New York: International Universities Press.
44. Exline, J.J.(2008), Beliefs about God and forgiveness in a Baptist church sample, *Journal of Psychology and Christianity*, 27: 131-139.
45. Fehring, R. J., Miller, J. F., and Shaw, C. (1997), Spiritual well-being, religiosity, hope, depression, and other mood states in elderly people coping with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 24, 663-671.
46. Frankl, V. (1959), *Man's Search for Meaning*, Boston: MA, Beacon Press.
47. Frankl, V. (1969), *The will to Meaning: Foundations and Applications of Logo Therapy*, New York: New American Library.

48. Fisher , P.L.,& Wells, A.(2008), Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
49. Gielen, P. J.; Draguns, D.; Fish, Jefferson M. (2008), *Principles of Multicultural Counselling and Therapy Routledge*, Taylor & Francis Group, LLC.
50. Heider, D., Matschinger, H., Bernert, S., Alonso, J., Brugha, T. S., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., Dietrich, S., & Angermeyer, M. C. (2008), Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 266-272.
51. Haaga, D. A. F., Dryden, W., Dancy, C.P., (1991), Measurement of rational-emotive therapy in outcome studies. *Journal of rational-motive and Cognitive-behavior Therapy*, 9, 73-93.
52. Huffman, J.C., DuBois, C.M., et al., (2014), Feasibility and utility of positive psychology exercises for suicidal interpatients. *Gen Hosp Psychiatry*; 36(1), 88-94.
53. Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006), The specificity of belief domains in obsessive-compulsive disorder subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216.
54. Kendler, K. S., Liu, X. Q., Gardner, C. O., McCullough, M.E., Larson, D., & Prescott, C.A.(2003), Dimensions of religiosity and their relationship to lifetime psychiatric and substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2003 Mar;160(3):496-503
55. Krok,D.(2008), The role of spirituality in coping: Examining the relationships between spiritual dimensions and coping styles. *Mental Health, Religion & Culture*,11, 643-653.
56. koening , H. G. (2007), Spirituality and depression. *Southern medical journal* , 7 , 737 – 739.
57. Koenig H., McCullough •M.E. & Larson, D.B. (2001), Handbook of religion and healt, •University Press •Oxford. pp. 43–55.
58. Keeley, M.L., Storch, E.A., Merlo, L. J., Geffken, G.R. (2008), Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clin Psychol Rev*, 28, 118 – 130.
59. Noferesty, A., Rimaz,S., Fata,L., Asmar,M., Pasandideh,A., Shaeiri Mohhamad,R.(2015), The effectiveness of Positive psychotherapy in increasing

- happiness and psychological well-being in people with depression symptoms: A multiple-baseline study. *Positive Psychology Research*. 2015; 1(1): 1-18. [In Persian].
60. Priester, P. E.(2001), Cognitive behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder with religious feature. *Proceedings of the international congress on Religion and Mental Health, 24-47, Tehran, Iran 2001*. P. 139.
61. Paragament, K.I.(1997), The psychology of religion and coping. *New York: Guilford Press*.
62. Rosal, M. C., Ockene, I. S., Ockene, J. K., Barrett, S. V., Ma, Y., and Hebert, J. R. (1997), A longitudinal study of students depression at one medical school. *Cad Amed*, 6, 542-546.
63. Ryan, M.E., and Twibell, R.S. (2000), Concerns, values, stress, coping, health and educational outcomes of college students who studied abroad. *Journal of International Intercultural Relation*, 24, 409-435.
64. Salsman, J.M.; Tramara, L.; Brechting, E.H. & Carlson, C.R.(2005), The link between religion and spirituality and psychological adjustment: The mediating role of optimism and social support. *Journal of Society for Personality and Social Psychology*, 31(4), 522-535.
65. Tolin, D. F., Brady, R. E., & Hannan, S. E. (2008), Obsessional beliefs and symptoms of obsessive-compulsive disorder in clinical sample. *Journal of Pschopathology and Behavioral Assessment*, 30, 31-42.
66. Taylor, shelley E. (2016), *Health Psychology*, Published by McGraw-Hill Education, 2 Penn Plaza, New York, NY 10121. Copyright © 2015 by McGraw-Hill Education.
67. Vaccaro, B.(2007), Spirituality in the Treatment of a Man with Anxiety and Depression. *Southern Medical Journal*, 100(6), 626-628
68. Wells, A.(2009), *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford.
69. Yong, J.E., Weinberger, A.D., & Beck, A.T. (2001), *Cognitive therapy for depression*. In D.Barlow (Ed.), *linical handbook of psychological disorders* (3rd ed., pp.264-308). New York: Guilford press